

川崎市葬祭場運営管理システム 利用登録申請書

申 込 年 月 日	令和 年 月 日				
フ リ ガ ナ					
法 人 名					
フ リ ガ ナ					
申請者(代表者) 氏 名					
住 所	〒				
電 話 番 号 * 1					
FAX 番 号 * 1					
担 当 者 名					
暗 証 番 号 * 2	4桁の数字 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> </tr> </table> ※WEB予約の暗証番号は、 先頭に「kawa」が付きます。				

*1:電話番号およびFAX番号は、市外局番から正しく記入してください。

*2:暗証番号を知られてしまうと不正に使用される可能性がありますので、第3者に容易に推測されないような数字の組み合わせを記入してください。(例:ゾロ目や続き数字、電話番号の下4桁などは避けてください。)

*3:本申請内容の審査にお時間をいただく場合があります。

*4:ご利用に当たっては、川崎市ホームページに掲載されている、「WEBシステム操作手順書」や「電話予約操作説明書」並びにご利用となる斎苑のホームページをよくご覧ください。

.....

以下は、川崎市にて記載します。

貴社を会員に登録しましたので、下記のとおり会員番号を通知します。

会員番号(4桁)は

--	--	--	--

です。

令和 年 月 日

川崎市健康福祉局保健医療政策部

保健医療政策課施設調整担当

(連絡先)

電話:044-200-0457

FAX:044-200-3986